

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BURITIZINHO, REGENERAÇÃO/PIAUÍ**

HEBERTO ABSTENGO GONZALEZ

Pelotas, 2015

HEBERTO ABSTENGO GONZALEZ

**MELHORIA NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BURITIZINHO, REGENERAÇÃO/PIAUÍ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristiano Pinto dos Santos

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

G643m Gonzalez, Heberto Abstengo

Melhoria na Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabeticos na Unidade Básica de Saúde de Buritizinho, Regeneração/Piauí / Heberto Abstengo Gonzalez; Cristiano Pinto Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

83 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Cristiano Pinto Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha família por sua ajuda, esforço e sacrifício,contribuído de forma diferencial em minhas atividades durante a intervenção.

Agradecimentos

Agradeço ao meu país e ao Brasil pela oportunidade de fazer o curso e trabalhar nesta república federativa. Agradeço também a Universidade Federal de Pelotas e sua equipe de trabalho pelo esforço e dedicação a seus especializando.

Resumo

Abstengo Gonzalez, Heberto. **Melhoria na Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na Unidade Básica de Saúde de Buritizinho, Regeneração/Piauí**.83f.2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A diabetes e a hipertensão são doenças que afetam um grande número de pessoas em todo o mundo, inclusive crianças, devido à forma de vida atual, que é bastante agitada, e pela falta de conscientização em relação à prevenção, aumentando os gastos com a saúde pública no tratamento destas doenças. A intervenção foi desenvolvida em 12 semanas com a participação de 1471 usuários maiores de 20 anos com estas doenças, onde o indicador de cobertura do programa HIPERDIA era muito baixa menor de 40 % de HAS e DM porque era feito um atendimento de cada mês dos mesmos usuários que voltavam a pegar suas receitas ou atendimento médico os que ficavam descontrolados e um número importante de usuários não tinha consulta mas durante a intervenção tiveram os seguintes resultados: cobertura do programa de atenção ao HAS de 72%, com o cadastro de 266 usuários; cobertura de 67.0% no programa de atenção ao DM com o cadastro de 61 usuários. Os indicadores de qualidade foram bem positivos e um dos fatores que facilitou os ótimos resultados foi trabalharmos com um sistema organizado onde dados foram coletados da ficha espelho dos referidos usuários e posteriormente inseridos na ficha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Conclui-se que houve melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes, através do acolhimento efetivo, cuidado integral e trabalho multidisciplinar com assistência contínua. Ainda temos alguns pontos para melhorar na qualificação dos serviços, mas acredita-se que os resultados obtidos na intervenção foram muito importantes e darão um suporte para que possamos dar continuidade nas ações e alcançar todas as metas previstas. Com isso pretende-se melhorar a atenção destes usuários, e a consequente redução das possibilidades de complicações devido às doenças.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	54
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	54
Figura 3	Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia.	55
Figura 4	Gráfico da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia.	56
Figura 5	Gráfico da Proporção de diabéticos com os exames complementares ao dia.	56
Figura 6	Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da farmácia popular/HIPERDIA.	57
Figura 7	Gráfico da Proporção de diabéticos com prescrição de medicamento da farmácia popular/HIPERDIA.	58
Figura 8	Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	58
Figura 9	Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	59
Figura 10	Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	60
Figura 11	Gráfico da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	61
Figura 12	Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	62
Figura 13	Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	63
Figura 14	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos de tabagismo.	64
Figura 15	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos de tabagismo.	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
APS	Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema único de saúde
UNASUS	Sistema Universidades aberta do sistema único de saúde
UFPEL	Universidade Federativa De Pelotas
PI	PIAUI

Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	16
2 Análise Estratégica.....	18
2.1 Justificativa	18
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações.....	25
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma	49
3 Relatório da Intervenção	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	Erro!
Indicador não definido.4	
4 Avaliação da intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.2 Discussão.....	657
5 Relatório da intervenção para gestores.....	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	72
Referências	73
Apêndices	74
Anexos	77

Apresentação

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade Ensino à Distância da Universidade Aberta do Sistema único de Saúde (UNASUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL.), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Unidade Básica de Saúde de Buritizinho, município de Regeneração/PI. O volume está organizado em sete seções: No primeiro capítulo apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, texto escrito na unidade 1 do curso de especialização em saúde da família, explicitando a situação do serviço de saúde. No segundo capítulo, expõe-se a Análise Estratégica, na qual se apresenta o Projeto de Intervenção, baseado no protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013) e o Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013). Já o terceiro capítulo refere-se ao relatório de intervenção realizado, que discorre sobre todas as ações previstas e desenvolvidas, a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço e as referências também estão disponíveis. No quarto capítulo apresenta-se a avaliação dos resultados da intervenção, além da discussão dos achados. No quinto capítulo é destacado o relatório da intervenção para os gestores e no sexto o relatório da intervenção para a comunidade.

No sétimo e último capítulo, faz-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os apêndices e anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho no nordeste do país, Estado do Piauí, no município de Regeneração, que conta com oito UBS, nove ESF, um hospital, um CAPS e um NASF. O nome da unidade de saúde que trabalho é Buritizinho, localizado na periferia do município. A estrutura física do posto de saúde é formada de uma sala de recepção com capacidade para 30 pessoas, três consultórios sem sanitário, uma sala de curativo, procedimentos e nebulizações, uma cadeira odontológica, sala de reuniões, sala de vacinas, sala de esterilização, sala para agentes comunitários e banheiro.

O posto tem boa ventilação e iluminação, com paredes internas laváveis e de superfícies lisas; os pisos são todos laváveis e de superfície lisa; a janela não tem telas mosquiteiras. Tem sinalização visual, mas não tem sinalização em braile, nem sonora. O lixo é recolhido diariamente e existe um sistema de reposição de material de consumo. Não existe um sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetros, nem balanças. Quanto às barreiras arquitetônicas, o posto é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências sem degraus e com rampa na entrada. Não tem corrimãos nem cadeiras de rodas. Existem dificuldades no transporte para a equipe se deslocar entre as diferentes microáreas e isso provoca demora no início do atendimento e as vezes ausência as atividades programadas.

Temos laboratório para análise clínica no hospital, mas os resultados demoram e algumas vezes são perdidos.

A equipe de saúde está composta por: um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, odontologista, auxiliar de odontologia e quatro agentes comunitários de saúde (todos conhecedores da população atendida) facilitando o trabalho na comunidade, além do apoio do NASF (fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga e assistente social).

A área de saúde tem uma população de 2420 habitantes e 438 famílias cadastradas, a maioria com baixo nível de escolaridade. Deste total da população, 1282 são do sexo feminino e 1138 do sexo masculino. Predominam as casas de tijolo e adobe e o abastecimento da água é pela rede pública (clorada). O índice de violência é baixo.

O município tem apenas um hospital e não existem unidades de pronto atendimento, nem apoio dos serviços de pediatria e ginecologia. Isso acaba causando uma sobrecarga na demanda espontânea, já que as localidades ficam longe do centro da cidade. Também temos duas ambulâncias utilizadas no transporte dos usuários caminhados a hospitais por urgências médicas.

Os medicamentos indicados são procurados em uma farmácia situada na secretaria de saúde e posto de saúde. Os usuários que precisam realizar exames ou serem avaliados por outras especialidades são encaminhados à capital do estado ou município perto, previamente agendados pela secretaria de saúde.

Todas as grávidas e crianças estão cadastradas e realizam as consultas programadas. As doenças crônicas mais frequentes são: hipertensão arterial, diabetes mellitus, hiperlipidêmica. Entre as agudas: infecções respiratórias e parasitárias.

Trabalhamos com demanda espontânea e agendada para grupos prioritários (HAS, DM, idosos, saúde do homem e da mulher, pré-natal, puericultura), além das visitas domiciliares. Realizamos atividades de promoção e prevenção saúde (palestras, conversas, etc.)

Acredito que o trabalho não será fácil, mas com o esforço de todos vamos superar as dificuldades, conseguindo estilos de vida mais saudáveis e elevando a qualidade de vida da população que é nosso principal objetivo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Regeneração tem uma população de 17556 habitantes, com oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nove equipes de Saúde da Família (ESF), sendo que destas, 6 são UBS tradicionais. Possui um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e Centro Especialidades Odontológicas (CEO), com serviço de prótese e Raio X odontológico, periodontia e cirurgia. No CEO, são realizados atendimentos diários nas especialidades durante o

dia e atendimentos gerais à noite. O município tem disponibilidade de atenção especializada na área de ortopedia, cirurgia geral, ginecologia, psiquiatria, psicologia, nutricionista e reabilitação física. Possui um hospital geral onde tem médico de plantão 24 horas, além das disponibilidades de exames complementares pelo SUS e também temos como apoio uma clínica particular com serviços contratados pela secretaria municipal de saúde. Outras especialidades e exames complementares que não são realizados no município são realizados em Teresinha, capital do estado.

Eu trabalho na área urbana do município Regeneração, na UBS Buritizinho, vinculada ao SUS, no modelo de atenção da estratégia de saúde da Família (ESF) que não possui vínculo com nenhuma instituição de ensino. A equipe de saúde da família completa está formada por: um médico geral integral, uma enfermeira, 1 um técnico de enfermagem, uma dentista, um auxiliar de dentista e seis agentes comunitários de saúde. A estrutura física do posto de saúde é constituída de uma sala de recepção com capacidade para 30 pessoas, três consultórios sem sanitários, uma sala de curativo, procedimentos e nebulizações, sala e cadeira de odontologia, sala de reuniões, sala de vacinas, sala de esterilização e sala para agentes comunitários. A estrutura física tem boa ventilação e iluminação, com paredes internas laváveis e de superfícies lisas; os pisos são todos laváveis e de superfície lisa; as janelas são de madeira sem telas mosquiteiras. Tem sinalização visual, mas não tem sinalização em braile, nem sonora. O lixo é recolhido diariamente conforme as medidas sanitárias pelas normas de higiene e existe um sistema de reposição de material de consumo. Não possui sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetro, nem balanças, o que dificulta o trabalho da UBS por não ter fidelidade da medida feita.

Temos dificuldades no transporte da equipe em deslocar-se entre essa diferente microárea que provoca demora no início do acompanhamento das visitas domiciliares. Além disso, temos dificuldades pela demora no recebimento dos resultados de exames laboratoriais, sendo que às vezes ocorre até a perda de alguns exames.

Sobre as prioridades e possibilidades de enfrentamento das dificuldades presentes em nossa UBS, são poucas considerando a nossa governabilidade limitada sobre elas, uma vez que a maioria depende de recurso material do estado e do município.

Temos articulado com o gestor do município a calibragem dos esfigmomanômetros e balanças e a disponibilidade de carro para a realização de visitas domiciliares, para realizar maior número de atividades de promoção e prevenção com melhorada qualidade de vida da população.

A área de abrangência de nossa Equipe de Saúde da Família possui uma população de 2420 habitantes, sendo 1282 pessoas de sexo feminino e 1138 do sexo masculino, o que corresponde a um total de 438 famílias cadastradas onde a maioria delas possui um nível de escolaridade baixo e tem o seguinte perfil demográfico:

Quadro 1. Informações demográficas da Unidade Básica de saúde

Faixa etária	Sexo feminino	Sexo Masculino	Total
Menor 1 ano	13	14	27
1-4 anos	73	82	155
5-6 anos	32	39	71
7-9 anos	43	43	86
10-14 anos	141	80	221
15-19 anos	145	91	236
20-39 anos	607	296	903
40-49 anos	198	88	236
50-59 anos	37	78	115
Maior de 60	190	127	317
Total	1282	1138	2420

Na área, predominam as casa de tijolos e adobe, com abastecimento de água pela rede pública (clorada) e o índice de violência é baixo. Em nossa UBS não existem barreiras arquitetônicas e temos cadeiras de rodas para disponibilizar para os usuários com incapacidade, o que permite o adequado acesso de pessoas portadoras de deficiência.

Em relação à demanda espontâneo, nosso posto de saúde não tem excesso e hoje nossa população não faz longas filas para ter um atendimento adequado.

No que se refere à saúde da criança o caderno de ações programáticas mostra uma cobertura de 97% na atenção à saúde das crianças com até 12 meses idade e nas de 12 a 24 meses a cobertura é igual a 94 %; entretanto nas crianças de

24 a 72 meses essa cobertura reduz para 89 %.O índice de cobertura de atenção á saúde da criança tem uma relação direta com o bolsa família, principalmente nas crianças maiores de 24 meses, uma vez que muitas mães trazem as crianças à consulta de puericultura,prioritariamente para as mesmas não serem tiradas do programa bolsa família.

Nas crianças até 1 ou 2 anos,geralmente as mães têm mais vontade de levar as crianças à UBS quando não estão doentes,por isso a atenção à saúde das crianças deve ter uma maior participação das especialidades como psicóloga, nutricionista, assistente social,dos funcionários das secretarias de saúde,funcionários da polícia e outros.

Para melhorar o processo de trabalho da equipe na atenção à saúde da criança precisa-se ter maior controle das crianças faltosas com busca ativa e visita domiciliar no dia seguinte do não comparecimento a consulta agendada, para pesquisar os motivos de sua falta e para elaborar estratégia que devem ser implementadas para melhorar a saúde das crianças. Uma das maiores dificuldades que temos com relação ao programa de atenção à saúde da criança é a ausência de pediatra,uma vez que não temos disponibilidade dessa especialidade no município.

Em relação ao pré-natal temos 15 gestantes com um índice de 2.34%da população total valor superior ao previsto pelo caderno de ações programáticas que estabelece o índice de 1.5%.Temos seis puerperais,todas acompanhadas na UBS, mas podemos melhorar a atenção a elas envolvendo mais profissionais do NASF e da UBS nos atendimentos,articulando com os gestores para diminuir o tempo de entrega dos exames das gestantes e puerperais, além de aumentar o número de palestras e outras atividades educativas em saúde sobre temas como a importância do aleitamento materno para a mãe e para a criança, riscos na gestação,parto e puerpério, como também gestação na adolescência e outros temas relacionados a este grupo.

Em relação à cobertura do Câncer do Colo de Útero e Controle do câncer de Mama nossos números diferem das estatísticas. Temos muitas mulheres com exames em dia. Aqui as ações para melhorar o processo de trabalho da equipe na prevenção de câncer do colo do útero, devem envolver 100% dos profissionais, fazendo cadastro e coleta de exame cito patológico, contar com maior participação dos profissionais da UBS nas palestras às mulheres em idade fértil com vida sexual ativa, destacando o valor da prevenção do câncer do colo de útero,fazer

planejamento e monitoramento das ações para acompanhamento e controle da periodicidade da coleta dos exames cito patológico do colo do útero, além de vacinar 100% das pré-adolescentes com a vacina preventiva contra o câncer do útero. Em relação ao câncer de mama a cobertura é de 78 % e essa situação pode estar relacionada a não realização de exames de mama pelos profissionais de saúde em 100% das mulheres que tem acompanhamento nas instituições de saúde, bem como a falta de hábito da maioria das mulheres em fazer seu auto exame mensalmente e ainda a existência de poucas ações educativas relacionadas ao controle e prevenção do câncer de mama. Na nossa área, temos 97 mulheres com mamografia em dia. Não é disponibilizado no município, mamógrafo para realização deste exame, que é feito somente em Teresinha, o que dificulta, pois a maioria das pessoas tem pouco recurso econômico.

Na UBS Buritizinho há 251 idosos, o que corresponde a 12.7% da população adstrita na área de nossa ESF, o que reflete o perfil demográfico da população do Brasil e do mundo, obrigando o governo a tomar medidas para proteger este grupo etário de rápido crescimento dentro da população. Nossa equipe tem toda a população idosa cadastrada, mas só 81% com acompanhamento em dia. Destes 62% são hipertensos e estão acompanhados pelo programa atenção aos hipertensos e diabéticos sendo que os 29% restantes recebem o acompanhamento ao idoso. Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados para uma melhor atenção aos idosos, envolvendo todos os profissionais no atendimento ao idoso, realizando a consulta com maior rapidez, evitando o acúmulo de usuários na sala de espera, articulando também com os gestores sobre a realização de exames laboratoriais e o envio dos resultados sem muita demora, para garantir um atendimento mais rápido com os idosos, fazer acompanhamento odontológico a 100% dos idosos, planejando maior número de atividades educativas. Além disso, em virtude das alterações fisiológicas normais, desta idade, teríamos que ter maior apoio do reabilitador físico com os idosos que precisam de atendimento domiciliar.

Em relação à atenção aos hipertensos, a equipe possui 231 usuários hipertensos cadastrados, o que equivale a 15.85% da população geral da área, o que não está em correspondência com as estimativas do Ministério da Saúde. Em relação à atenção com a diabetes, temos 61 diabéticos cadastrados, o que corresponde a 3.10% da população total de diabéticos da área, que também não está em correspondência com as estimativas do Ministério da Saúde que estabelece

um percentual de 44% da população com diabetes. Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados são os mesmos destacados anteriormente. Para vencermos o maior desafio que nossa UBS apresenta que é melhorar a qualidade de vida da nossa população, conseguindo estilos de vida mais saudáveis temos que trabalhar com dedicação a nossa comunidade, ao cuidado da saúde do povo. Além disso, o governo federal, estadual e municipal tem que estejam juntos conosco neste trabalho.

Os aspectos que mudaram em função da própria aplicação de questionário foi que permitiu conhecer com maior veracidade os indicadores de saúde, pois não existiam registros de alguns deles. Isso nos remetia a uma falsa realidade, pois os números e registros estavam desatualizados e não se seguia protocolos sistemáticos de cuidado a saúde, os usuários não eram vistos de forma integral por uma equipe multidisciplinar, só eram feitas consultas pela enfermeira daqueles que voltavam mês a mês que quase sempre eram os mesmos que retornavam para pegar a receita para os remédios que disponibilizava de graça o município e não era feita uma busca ativa dos usuários faltosos nem o acolhimento e triagem segundo vulnerabilidade e risco. As consultas eram só assistenciais mas não um acompanhamento que via cada paciente como um ser biopsicossocial que interage com o ambiente com risco onde vive ou trabalha, não era feito um acolhimento adequado, as consultas médicas ficavam lotadas porque se perguntava ao usuário por quem ele queria o atendimento se pelo médico ou enfermeira, havia muitos hipertensos e diabéticos faltosos à consulta e não era feita busca ativa deles, além disso, exames complementares atrasados ou perdidos no laboratório e não era feita gestão para recuperá-los ou repeti-los.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

No relatório inicial de situação de ESF e APS em nosso serviço a descrição foi muito superficial, carente de valores estatísticos reais de acordo com a nossa realidade, porque não existia o cadastro de 100% dos usuários da área de abrangência. Além disso, um número importante de hipertensos e diabéticos não estava cadastrado e também de outras doenças, na equipe de trabalho existia muita divisão, porque os agentes de saúde faziam seu trabalho sozinhos e as reuniões

muitas vezes não eram feitas porque a enfermeira só fazia o plano do trabalho e entregava aos funcionários sem escutar aos outros funcionários sobre suas queixas e necessidades de trabalho e uma vez por mês se reunia com os agentes de saúde para pegar a produção, se trabalhava com os conhecimentos dos protocolos e tratamentos que eram usados em meu país mas aqui no Brasil tem outros protocolos e modos de atuação o que não se conhecia pela equipe nem se fazia revisão de erros pelo que começamos a estudar os protocolos de HIPERDIA mas também de outros e da literatura disponibilizada pelos cursos e outras para nossa autopreparação e mediante palestras levá-los conhecimentos aos demais profissionais da UBS além disso o texto inicial estava carente de interpretação crítica e objetiva de situação real da UBS foi baseado mais na parte estrutural, e não faz menção destes problemas antes descritos também se fala da composição da equipe mas não que não existia um acolhimento adequado dos usuários, que o registro dos usuários era pouco ou não tinha pelo que faltavam prontuários, além dos dados estatísticos do dentista que ninguém conhecia e não estavam disponíveis, este texto inicial era muito descritivo e carente de pensamento médico mas na elaboração do relatório final tivemos que fazer uma busca minuciosa de informações minuciosa sobre o trabalho que faz o CBO, só o município conhecia as especialidades que faz atendimento nele e outros dados que eram preciso para iniciar nossa intervenção com a maior informação possível para contribuir na preparação de equipe, além das fortalezas, oportunidades e debilidades que temos para iniciar o projeto de intervenção e justificativa para iniciá-lo. Durante a intervenção adquirimos novos conhecimentos e os valores reais de trabalho e iniciamos o caminho para um trabalho mais unido, em equipe. Foi feita uma busca de informações sobre nossa intervenção, descobrindo os erros cometidos e fazendo plano de ações para evitá-los em nosso dia a dia. Também foram realizados cursos, palestras, definindo as atribuições de cada integrante da equipe, estudamos dos protocolos de cada doença e procurando os que faltavam, mudando assim a forma de trabalho na UBS. Outro aspecto em relação ao texto inicial é que aumentamos o planejamento e gestão para conseguirmos realizar os exames prioritários, fazendo busca ativa aos faltosos que muitas vezes nem o agente de saúde conhecia.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A diabetes e a hipertensão são doenças que afetam um grande número de pessoas em todo o mundo, inclusive crianças, devido à forma de vida atual que é bastante agitada e pela falta de conscientização em relação à prevenção, aumentando os gastos com a saúde pública. A hipertensão e a diabetes são doenças relacionadas, pois incluem a má alimentação, estresse, falta de exercícios físicos e o tabagismo. Conscientizar a população quanto à importância da prevenção, pesquisando os 100% dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, principalmente por serem doenças silenciosas e por demonstrarem sintomas quando já estão em quadro avançado, é o objetivo geral desse trabalho. A área tem uma população de 2420 habitantes e 438 famílias cadastradas, a maioria com baixo nível escolar, destas, 1282 é do sexo feminino e 1138 do sexo masculino. Predominam as casas de tijolos e adobe e o abastecimento da água é pela rede pública (clorada). O índice de violência é baixo.

Em nossa área temos 231 hipertensos (15.85% da população) e 61 diabéticos (3.10%). Por conta disso, temos muito trabalho ainda por fazer para mudar esse indicador de muita importância para a saúde de nossa população. Esta intervenção se faz necessária, envolvendo a equipe para pesquisar todos os usuários de nossa área de abrangência. Atualmente, nossa equipe de saúde da família está composta por: um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de dentista e seis agentes comunitários de saúde. A estrutura física do posto de saúde é constituída de uma sala de recepção com capacidade para 30 pessoas, três consultórios sem sanitários, uma sala de curativo, procedimentos e nebulizações, sala e cadeira de odontologia, sala de reuniões, sala de vacinas, sala de esterilização, sala para agentes comunitários. A estrutura física tem boa ventilação e iluminação, com paredes internas laváveis e de superfícies lisas, os pisos são todos laváveis e de superfície lisa e as janelas são de madeira, sem telas mosquiteiras. Tem sinalização visual, mas não tem sinalização em braile, nem sonora. O lixo é recolhido diariamente conforme as medidas sanitárias pelas normas de higiene e existe um sistema de reposição de material de consumo. Não tem um sistema de

revisão da calibragem de esfigmomanômetro, nem balanças, o que dificulta o trabalho da UBS por não ter fidelidade da medida feita.

A preparação profissional da equipe de saúde em relação ao manejo clínico adequado para esses usuários tem muita importância, bem como estimular a forma assistencial multidisciplinar para alcançar com ações estratégicas individuais e coletivas não apenas a prevenção das complicações decorrentes destas patologias, mas também a promoção da Saúde e prevenção primária para a família destes usuários. Para chegar a esse objetivo fizemos uma programação da agenda local na unidade básica de saúde, organizando assim a demanda na atenção primária e para ter tempo extra para nossa pesquisa, pois precisávamos fazer visita domiciliar com cada morador de nossa área de abrangência, envolvendo todos os profissionais da UBS na pesquisa. Com a autorização da secretaria de saúde para poder fazer o teste de glicose com os usuários com fatores de riscos podendo fazer a glicose de laboratório aos usuários com glicose positiva pelo glicosímetro e aumentando assim o número de diabéticos cadastrados.

A intervenção contribuirá para um maior nível de instrução sobre HAS e DM de toda a equipe, pois serão revisados os protocolos sobre estas doenças, mudando a forma de trabalho da equipe, se dará acolhimento adequado aos usuários o que antes só era entregue o prontuário e encaminhava para a consulta cada usuário, pelo com estas mudanças será feito um atendimento mais integral dos mesmos. Com a intervenção se ampliará a cobertura de atendimento aos hipertensos e diabéticos melhorando a atenção à saúde disponibilizada a eles, promovendo o bem estar e a qualidade de vida da comunidade. Muitas dificuldades e limitações haverá que sortear, tais como falta de transporte diário para realizar as visitas domiciliares que precisam os usuários, além disso as estradas continuaram péssima qualidade nas micro áreas o que dificultará nosso trabalho. Ademais não estarão disponíveis todos os medicamentos para 100% dos usuários porque vai diminuir a quantidade que compra a secretaria para o município por acúmulo de dívida por pagar. Acreditamos que vamos realizar um trabalho integrado com a sociedade que considere o ser humano com todas as suas singularidades e reconheceremos além das muitas causas dessas patologias o esforço coletivo no enfrentamento de um dos maiores desafios atuais na saúde que são as doenças crônicas não transmissíveis.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Buritizinho, Regeneração/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- 1- Ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na área.
- 2- Melhorar a qualidade de atenção aos diabéticos e hipertensos em nossa UBS.
- 3- Melhorar a adesão dos diabéticos e hipertensos ao programa.
- 4- Melhorar o registro das informações dos diabéticos e hipertensos em nossa UBS.
- 5 - Mapear diabéticos e hipertensos de risco para doença cardiovascular.
- 6- Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

METAS

Relativas ao objetivo 1- Ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na área.

1.1 Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

1.2 Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2- Melhorar a qualidade de atenção aos diabéticos e hipertensos em nossa UBS.

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

2.5 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.6 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.8 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 3- Melhorar a adesão dos diabéticos e hipertensos ao programa.

3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4- Melhorar o registro das informações dos diabéticos e hipertensos em nossa UBS.

4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5 - Mapear diabéticos e hipertensos de risco para doença cardiovascular.

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6- Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos na unidade de saúde.

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários diabéticos na unidade de saúde

6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4 Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física a 100% usuários diabéticos.

6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100%dos diabéticos.

6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos e hipertensos.

6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período dedoze semanase participarão da pesquisa todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência e cadastrados no programa da Unidade. Será utilizado o Protocolo Ministério da Saúde, Caderno de atenção básica de HAS E DM 2013.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo1. Ampliar a cobertura de atenção aos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

Meta 1.1 e 1.2: cadastrar 65% dos hipertensos e 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo médico e enfermeira cada semana, e ao final de cada mês da intervenção, avaliando os resultados e verificando se as estratégias adotadas estão dando certo ou se precisam ser reformuladas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O registro será realizado semanalmente em todas as consultas de atendimento clínico por enfermeira e auxiliar de enfermagem.

Ação: Melhorar o acolhimento para os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Detalhamento: O acolhimento será feito por auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde em nossas áreas de consultas, casas de família, escolas, igrejas.

Ação: Garantir material adequado para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: A secretaria de saúde garantirá o material necessário para a realização desta ação avaliada mensalmente na reunião da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Agentes comunitários de saúde e usuários das comunidades irão informar a população da existência do programa.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: Todos integrantes da equipe informarão a comunidade sobre importância de medir a PA a partir dos 18 anos pelo menos uma vez ao ano.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: Toda equipe será capacitada para orientar e realizar aos adultos com PA maior de 135/80 no rastreamento da diabetes mellitus.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: A equipe será capacitada sobre os fatores de risco para doenças como HAS e/ou diabetes mellitus.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde serão capacitados pelo médico e a enfermeira para cadastramento de 100% dos hipertensos e diabéticos de sua área e será avaliado mensalmente na reunião da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão todos integrantes da equipe para verificação de forma certa da pressão arterial, principalmente aos agentes comunitários de saúde e técnica de enfermagem.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: A enfermeira será a encarregada de capacitar os integrantes da equipe para a realização do hemoglicoteste aos adultos com PA sustentada maior que 135/80mmHg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos seguindo como protocolo o Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: O monitoramento será feito pelo médico e enfermeira em todas as consultas agendadas para o usuário com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos seguindo como protocolo do Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: A enfermeira irá realizar o monitoramento da realização do exame clínico apropriado dos usuários diabéticos. Nas reuniões da equipe ela apresentará um relatório sobre o monitoramento e irão discutir-se as dificuldades encontradas, procurando discutir sobre possíveis soluções para resolvê-las.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos seguindo como protocolos os Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, os dois do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: O médico irá definir as atribuições de cada membro da equipe e destacar a importância de seguirem os protocolos para a HAS.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento: Todos os membros da equipe terão suas atribuições definidas pelo médico com respeito ao exame clínico ao usuário com DM.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Serão capacitados os profissionais da equipe e também serão entregues os protocolos a cada um deles. Esta ação será realizada pelo médico e enfermeira.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Todos os profissionais serão atualizados com uma periodicidade mensal segundo o cronograma.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico, enfermeira com ajuda da secretaria da saúde disponibilizarão os protocolos atualizados na UBS para cada um dos agentes comunitários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Todos os usuários serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares neurológicas decorrentes destas doenças em todas as consultas de atendimento clínico, palestras, reuniões com a comunidade e associação de moradores.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e enfermeira capacitarão a equipe para realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

Meta 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a solicitação de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento será feito em cada uma das consultas pelo médico e enfermeira e se discutirá mensalmente com toda equipe, principalmente com agentes comunitários de saúde, quem não está em dia com os exames.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A equipe fará o monitoramento dos exames laboratoriais solicitados aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e avaliará a periodicidade na reunião mensal da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os encarregados da solicitação dos exames complementares segundo o protocolo.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: O médico e a enfermeira ficarão responsáveis de garantir com a secretaria de saúde e o gestor municipal a realização dos exames complementares solicitados.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento Os exames serão avaliados imediatamente depois da entrega do laboratório e comunicado ao agente de saúde se houver alguma alteração para agendar consulta o mais rápido possível.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: todos integrantes da equipe serão encarregados de comunicar aos usuários e a comunidade a importância da realização dos exames.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Em cada uma das consultas os usuários e a comunidade serão informados com que periodicidade tem que fazer exame segundo protocolo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O médico capacitará a equipe para seguir a solicitação de exames complementares.

Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: A enfermeira monitorará todos os medicamentos existentes na farmácia para o programa HIPERDIA semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A técnica de enfermagem realizará controle da quantidade e validade dos medicamentos existentes na UBS.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Mensalmente a enfermeira e técnica de enfermagem terão registro atualizado das necessidades de medicamentos para os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Os integrantes da equipe orientarão os usuários sobre os medicamentos existentes na UBS e alternativas na farmácia popular com os medicamentos oferecidos pelo governo de forma gratuita para estas doenças crônicas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Médico e enfermeira irão capacitar e atualizar os profissionais sobre o tratamento da hipertensão.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Serão capacitados todos os integrantes da equipe sobre as alternativas dos medicamentos existentes na farmácia popular para orientar aos usuários e o que tem que fazer para receber os medicamentos gratuitamente.

Meta2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e enfermeira avaliarão em cada consulta os usuários hipertensos com necessidades de tratamento odontológico.

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Em cada uma das consultas se monitorará por parte do médico e a enfermeira as necessidades de tratamento odontológico dos usuários diabéticos de nossa área.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O dentista avaliará em suas consultas e visitas domiciliares as prioridades dos tratamentos odontológicos de cada um dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: O dentista da área e a técnica de saúde bucal agendarão as consultas para os usuários com necessidade de atendimento odontológico semanalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Todos integrantes da equipe serão encarregados de orientar a todos os usuários e a comunidade sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: O dentista capacitará os integrantes da equipe para avaliação dos usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: O dentista e técnica em saúde bucal capacitarão todos integrantes da equipe para avaliação dos usuários diabéticos com necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e/ou hipertensos cadastrados na UBS às consultas segundo periodicidade estabelecida no programa.

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: A enfermeira e os agentes comunitários de saúde avaliarão o cumprimento das consultas com sua periodicidade previstas no protocolo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Agentes comunitários de saúde serão encarregados de organizar as visitas domiciliares para busca ativa dos faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A auxiliar de enfermagem será a encarregada da organização dos acolhimentos dos usuários diabéticos e/ou hipertensos provenientes das buscas nas visitas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira irão fazer um reforço durante as consultas, visitas domiciliares e palestras sobre a importância da realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: A comunidade será ouvida pela equipe sobre os principais fatores que levam a faltarem nas consultas.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Aproveitar as visitas domiciliares, as consultas e as palestras para esclarecer este tema. Além disso, colocar as informações em cartazes de forma didática para garantir que todos entendam a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão os ACS quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4.Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira e o médico serão encarregados de monitorar o registro adequado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Manter dados do SIAB atualizados.

Detalhamento: A enfermeira será encarregada, junto com auxiliar de enfermagem, de manter todos os dados do SIAB atualizados.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento para todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

Detalhamento: Todos os usuários diabéticos e/ou hipertensos cadastrados terão sua ficha de acompanhamento, que será atualizada pela enfermeira.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Em reunião da equipe a enfermeira destacará a importância de ter um correto registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira terá a responsabilidade pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Os registros serão organizados de forma tal que os usuários com atraso em nas consultas, exames complementar usuários com alguma dificuldade em seu seguimento tenham suas fichas diferenciadas pela enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários hipertensos e diabéticos e/ou a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Todos os integrantes da equipe serão capacitados para orientar aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e a comunidade sobre os direitos que eles têm de manter seus registros de saúde atualizados e com segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários no acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira e o médico serão os responsáveis de capacitar a equipe nos preenchimentos de todos os registros necessários no acompanhamento dos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A equipe será capacitada para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas por médico e enfermeira.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A equipe monitorará todos os usuários cadastrados diabéticos e/ou hipertensos com estratificação de risco pelo menos uma vez ao ano com ajuda da comunidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliados como de alto risco cardiovascular.

Detalhamento: Uma vez que o usuário é avaliado de alto risco cardiovascular o atendimento vai ser feito de forma prioritária.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A técnica de enfermagem e ACS serão os responsáveis por agendar e priorizar os atendimentos aos usuários avaliados de alto risco cardiovascular para ser atendidos no mesmo dia com prioridade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: A equipe será a responsável por orientar os usuários e a comunidade de seus níveis de risco e da importância de ter um acompanhamento regular na UBS.

Ação: Esclarecer os usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: A equipe brindará palestras mensalmente nas comunidades e grupos de hipertensos e/ou diabéticos sobre fatores de risco modificáveis, como alimentação saudável tabagismo e prática de exercício físico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe para estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo para evitar as complicações destas doenças.

Ação: Capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: A equipe será capacitada sobre a importância do registro desta avaliação para o seguimento correto do usuário e manejo clínico.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizaremos atividades educativas utilizando vídeos e matérias baseados nos protocolos do Ministério de Saúde. Realizaremos atualizações dos temas durante todo o transcurso do projeto.

Objetivo 6 Promover saúde nos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Realizaremos em todas as consultas, orientações sobre alimentação saudável a todos os usuários diabéticos e/ou hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Realizaremos atividades grupais com grupos de hipertensos e/ou diabéticos em parceria com o nutricionista do NASF.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Será solicitada junto ao gestor a participação de nutricionistas nestas atividades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizaremos orientações gerais aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e suas familiares sobre a importância de manter uma alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: A equipe será capacitada pela nutricionista sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Para isto a enfermeira vai ser a encarregada de fornecer materiais sobre educação em saúde que vão ser entregues no transcurso das capacitações.

Meta 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Realizaremos monitoramento em cada uma das consultas e faremos orientações da prática regular de atividade física para evitar o sedentarismo e outras complicações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: A equipe organizará com os professores de educação física das escolas a prática de exercício físico para os grupos de hipertensos e /ou diabéticos das áreas onde estão cadastrados.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Solicitar ao gestor em coordenação com a secretaria de esporte que planejem atividades com educadores físicos em algumas áreas principalmente nas atividades do grupo HIPERDIA.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Toda a equipe durante as consultas orientará a todos os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade de nossa área a importância da prática regular de atividade física para a saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe da unidade de saúde sobre como promover a prática de atividade física e seus benefícios para a saúde.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe sobre as metodologias de educação em saúde

Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Em cada uma das consultas com diabéticos e/ou hipertensos monitoraremos as orientações sobre os riscos do tabagismo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: A equipe fará contato com a secretaria de saúde e gestor para aquisição de medicamentos para o abandono do tabagismo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Toda equipe está motivada a orientar os hipertensos tabagistas da existência de tratamentos para abandonar o hábito de fumar, que tanto dano faz para a saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Realizaremos capacitações da equipe para o tratamento dos usuários tabagistas que querem abandonar o hábito.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão a monitorização das orientações sobre higiene bucal nas consultas aos usuários diabéticos e/ou hipertensos de nossa área.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

Detalhamento: Vamos organizar a agenda de modo tal que exista uma margem de tempo disponível para garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Nas palestras realizadas na comunidade e na UBS e em todos os contatos com os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares orientá-los sobre a importância da higiene bucal. Apoiarmos também na utilização de cartazes e panfletos com as informações precisas. Solicitar sempre a ajuda do dentista da UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal a hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O dentista de nossa área capacitará a equipe para oferecer orientações adequadas sobre higiene bucal a os usuários diabéticos e/ou hipertensos de nossa área.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção aos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

Meta 1.1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2.1: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 3.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 3.1.1: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.1: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 4.1.1: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.1: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5.1.1: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.1: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1.1: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 7.1: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 7.1.1: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 8.1 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8.1.1: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9.1: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 9.1.1: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e/ou hipertensos cadastrados na UBS às consultas segundo periodicidade estabelecida no programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1.1: Proporção de Hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2.1: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2.1: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2.1: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover saúde nos usuários hipertensos e/ou diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2.1: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3.1: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4.1: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5.1: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6.1: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7.1: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8.1: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

4.3 LOGÍSTICA

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM) será adotado o Manual Técnico de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus do Ministério de Saúde 2012. Será utilizada a planilha de coleta de dados e ficha de HIPERDIA disponível no município. O de registro de HIPERDIA não prevê informações sobre acompanhamento de saúde

bucal nem à classificação de risco dos usuários com Hipertensão e Diabetes. Assim, para poder coletar todos dados necessários ao monitoramento da intervenção vai ser elaborado uma ficha complementar sendo responsável o médico e a enfermeira desta atividade. A estimativa é alcançar com a intervenção 180 usuários com HAS e 45 com DM. Solicitaremos o apoio do gestor municipal para que disponibilize 180 fichas-espelho da folha de registro para HAS e 45 para DM e 430 fichas complementares, sendo que 215 serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados.

Para organizar o trabalho, a enfermeira e a técnica de enfermagem localizarão os prontuários do usuário e transcreverão todas as informações disponíveis para a ficha-espelho. Também se realizará o primeiro monitoramento realizando anotações sobre consultas e exames em atraso, PA ou glicose alta em alguma consulta e que não foram cadastrados para realização do diagnóstico correto.

Foi discutido com toda a equipe de saúde da UBS a análise situacional e a definição de um foco de intervenção, sendo capacitada toda a equipe (8 pessoas) sobre Manual Técnico de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus do Ministério de Saúde 2012. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isso será reservada duas horas por semana, que será na segunda-feira das 10 às 12 horas e será responsável por esta capacitação será a enfermeira.

O Cadastro da população com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus da área adstrita será realizado pelo médico e enfermeira na consulta e nas visitas domiciliares, com ajuda dos agentes comunitários de saúde os quais realizarão busca ativa de usuários com HAS e DM faltosos às consultas.

O acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem verificando PA e glicose dos que tem fatores de risco. Pessoas com HAS e DM com doenças agudas e/ou descontrole serão atendidas no mesmo turno e todos cadastrados no HIPERDIA terão prioridade no agendamento. Para acolher a demanda de intercorrências agudas deste grupo de usuários, não há necessidade de alterar a organização de agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários com HAS e DM proveniente da busca ativa serão reservadas sete consultas por semana. Será feito contato com os representantes da comunidade, na escola da área de abrangência, para apresentação do projeto, esclarecendo a importância da

realização da consulta de HIPERDIA. Organizaremos um grupo de apoio na comunidade para ampliar a cobertura de hipertensão e diabetes, capacitando eles para que possam identificar os sinais e sintomas de hipertensão e Diabetes.

Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos em atraso, estimando-se cinco por semana totalizando 20 por mês. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho e prontuários identificando aquelas que estão com consultas ou exame em atraso. Ao final de cada mês, as informações coletadas serão registradas na ficha espelho. A equipe da saúde visitará aos líderes comunitários e religiosos e serão agendados encontros para palestras sobre hipertensão e diabetes, importância do acompanhamento em consulta, e o porquê de nossa intervenção nesta doença para eles se responsabilizarem o médico e enfermeira além de solicitar apoio na intervenção. Será necessário transporte para a equipe se deslocar às diferentes comunidades, sendo o gestor de saúde o responsável pelo mesmo.

Será feito o exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos pelo médico e enfermeira no âmbito da UBS e precisamos disponibilizar balança, antropômetro, fita métrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro. Faremos contato com o gestor municipal para garantir os materiais necessários para avaliação correta dos usuários com HAS e DM.

Para conhecer o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais em dia ou os que estão em atraso, de acordo com protocolo da unidade de saúde, a enfermeira e técnica de enfermagem e os agentes de saúde realizarão uma revisão semanal dos prontuários e fichas de HIPERDIA, procurando usuários com atraso na realização dos exames.

Para garantir o acesso aos medicamentos HIPERDIA será informado, aos gestores de saúde, os remédios em falta e os mais usados no tratamento destas doenças. A técnica enfermagem e os agentes comunitários de saúde realizarão um controle semanal destes medicamentos no âmbito da UBS e nas visitas dos agentes de saúde na micro área, avaliando as quantidades em existência. Será articulado um trabalho em parceria com o depósito de remédios da secretaria para garantir a disponibilidade dos mesmos na secretaria de saúde e farmácia popular de Amarante (município a 12 km) para melhorar a qualidade do atendimento destes usuários. Para garantir o atendimento odontológico aos usuários com HAS e DM será

articulada com o dentista, para organizar a agenda de saúde bucal e poder oferecer atendimento prioritário a este grupo na unidade de saúde.

O monitoramento das ações será realizado toda semana, ocorrendo nas segundas-feiras e com uma duração de duas horas (das 10:00 Às 12:00), com a participação da toda a equipe e uma representação da população. Médico e enfermeira serão os responsáveis de preparar a apresentação da projeção. A técnica de enfermagem fará a anotação da discussão. Precisaremos de material de consumo: papel, caneta, pincel atômico, cartolina, papel craft, osquais serão solicitados ao gestor.

2.3.4 CRONOGRAMA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus	x											
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de usuários com Hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus faltosas	x											
Capacitação da equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em usuários com hipertensão e diabetes mellitus.	x											
Contato com lideranças comunitárias para orientar as ações de apoio que precisa realizar por cada um de eles e a importância da ação	X			X			X			X		

programática do programa de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e as estratégias que serão implementadas.												
Revisão dos registros das consultas e atividades aos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação clínica aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.	X	X	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus faltosos na consulta.	X	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Realizar atividades de educação em saúde com a participação dos usuários e comunidades.	X	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Avaliar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.	X				X				x			
Controle da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.	x		X		X		x		x		x	
Monitoramento da intervenção	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:

Em nossa intervenção foi desenvolvidas a maioria das ações previstas, onde cadastramos 266(72%) hipertensos e 61(67%) diabéticos, onde nossa meta era de 65% para ambas doenças. Inicialmente tínhamos grande número de faltosos e sem cadastro por isso foi previsto não era possível cadastrar um número maior de usuários. Fizemos exames clínicos em 260(97,7%) hipertensos e 61(100%) diabéticos, exames laboratoriais em 168(63,2%) hipertensos e 38(62,3%) diabéticos, o que significa um número importante de usuários sem exames em dia e isto aconteceu porque tem idosos que não são levados pela família para realizarem seus exames e também porque o hospital não está realizando exames por adequações estruturais. Além disso, a secretaria de saúde cancelou o pagamento às clínicas particulares onde eram feitos alguns exames. Do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular de HIPERDIA só 224(48,8%) usuários receberam medicamentos, porque não tem farmácia popular no município, tendo só um depósito de medicamentos que a secretaria de saúde compra para a distribuição de graça, mas que ainda é muito pouco para a demanda da população. Nossos registros melhoraram bastante, assim como a estratificação de risco. Trabalhamos em muitas questões de promoção de saúde para que as pessoas se aproximassem mais da unidade, além da busca ativa dos grupos de apoio a nossa intervenção prevista nesta atividade, foi muito positiva e teve boa adesão da comunidade.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Tivemos dificuldades na agilização dos exames complementares, em função da mudança de gestão e a disponibilidade de carro para visitar a comunidade e essa foi uma das grandes dificuldades e demandou um maior esforço da equipe porque muitas visitas domiciliares tiveram que ser realizadas caminhando, mas não era possível chegar a todos os usuários agendados desta forma, também a busca ativa foi uma atividade na qual se teve muitas dificuldades pelas chuvas que aconteceram neste período, mas com o trabalho intenso dos ACS e grupos de apoio foi possível chegar a um maior número de usuários. A disponibilidade de medicamentos para estes usuários foi um grande problema, porque muitas vezes ele volta na consulta sem controle de sua doença crônica. Outra dificuldade que é a necessidade de avaliar a aferição dos esfigmomanômetros, balanças, glicosímetro que são muito utilizados. Não temos consultas multidisciplinares no município para avaliação dos usuários com doenças crônicas, além de que a secretaria disponibiliza consulta das especialidades do NASF nos postos de saúde, mas cada especialidade passa tratamentos da doença de sua especialidade e muitas vezes o usuário realiza tratamentos de cada especialidade, repetindo remédios, pois não foi avaliado por ambas especialidades.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Tivemos algumas dificuldades na coleta e sistematização dos dados na hora de preencher a planilha de coleta de dados, pois é um instrumento muito prático que ajuda em nosso trabalho de forma automática, mas tem um preenchimento às vezes difícil, pois muitos são os dados solicitados o que facilita que aconteçam erros durante o preenchimento. Como acontecia que por ter todas as colunas do mesmo cor na hora de preencher se colocava as vezes na errada, também acontecia que quando pensávamos para outro mês havia que preencher todos os dados do mês anterior porque só ficavam os nomes, mas não outros dados de cada

pessoa, também quando fechamos a planilha no mês três aparecia um quarto gráfico do mês quatro o que não foi preenchido, mas além de tudo isso com a utilização da planilha podemos ir acompanhando os indicadores, podendo fazer uma avaliação clara e concreta ao final da intervenção.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina

As ações de nosso projeto terão continuidade em nosso trabalho de cada dia entre os quais, continuar o cadastro de hipertensos e diabéticos e também continuar a busca destes usuários faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada. Continuaremos insistindo com o gestor municipal maior rapidez no resultado do exame e melhor atenção odontológica, assim como uma maior disponibilidade de medicamento. O trabalho com hipertensos e diabéticos foi muito valioso para nosso trabalho e comunidade e por isso, será continuado de forma permanente, pois a intervenção trouxe uma mudança no estilo de trabalho de nossa UBS e que nossa comunidade hoje é muito melhor atendida, pois os gestores hoje estão mais comprometidos com o trabalho da UBS. Continuaremos adequando nossas atividades do dia a dia às necessidades de saúde da comunidade para que possamos fazer um trabalho melhor a cada dia.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Neste capítulo iremos apresentar os resultados obtidos ao final da intervenção. Trabalhamos com os números gerados nas estimativas da planilha de coleta de dados da UFPEL que foram: 368 hipertensos e 91 diabéticos residentes na área, que tem uma população total de 2420 pessoas.

Meta 1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

No primeiro mês cadastramos 77 hipertensos (20%), no segundo mês 180 (48%), totalizando 266 hipertensos cadastrados no terceiro mês (72%).

Nesta meta não foi possível alcançar 100% de hipertenso cadastrado porque nossa intervenção foi reduzida a somente 12 semanas e não em 16 semanas como estava previsto inicialmente, mas continuaremos trabalhando para chegar até 100 % de HAS cadastrados

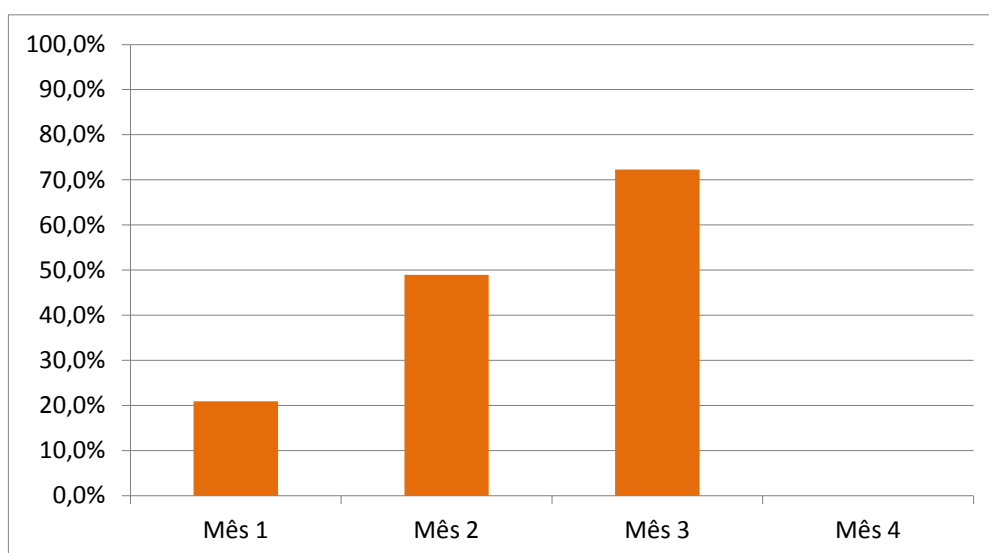


Figura 1 - Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS.

Meta 2: Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No primeiro mês de nossa intervenção tivemos 20 diabéticos cadastrados (22%), no segundo mês 47 (51%) e no terceiro mês totalizamos 61 (67%).

Nesta meta não foi possível alcançar 100% de diabéticos cadastrados porque nossa intervenção estava prevista em 16 semanas e foi reduzida a somente 12 semanas, mas continuaremos trabalhando para chegar até 100 % de usuários com DM cadastrados

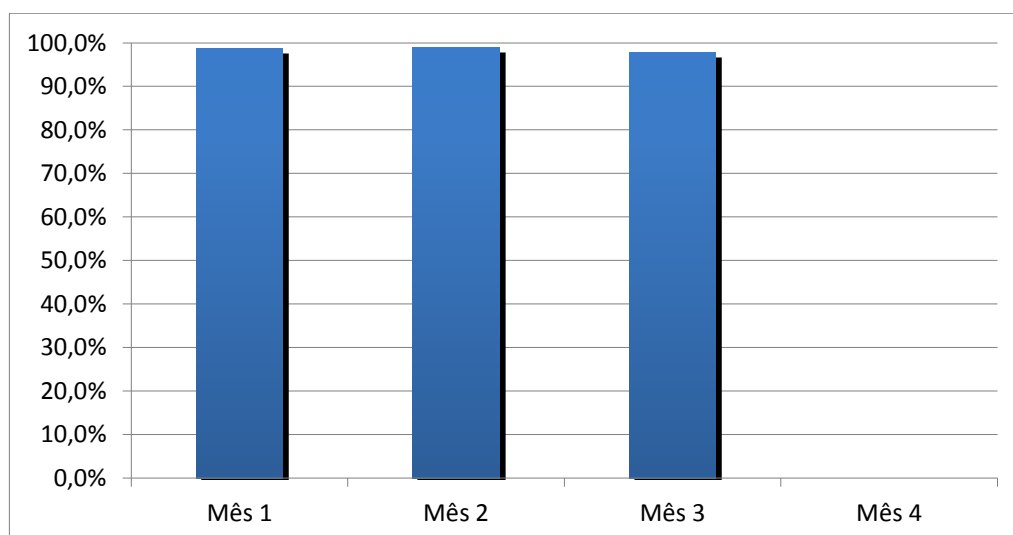


Figura 2 - Gráfico da cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês foram 77 hipertensos (98,7%), no segundo mês 178 (98,9%) e no terceiro mês foram 260 (97,7%)

Neste indicador não se alcançou 100 % porque havia 6 usuários que depois que foi diagnosticado como hipertenso nunca mais tiveram acompanhamento no posto, visto que se considerou que seu exame clínico não fora apropriado por falta de um acompanhamento adequado.

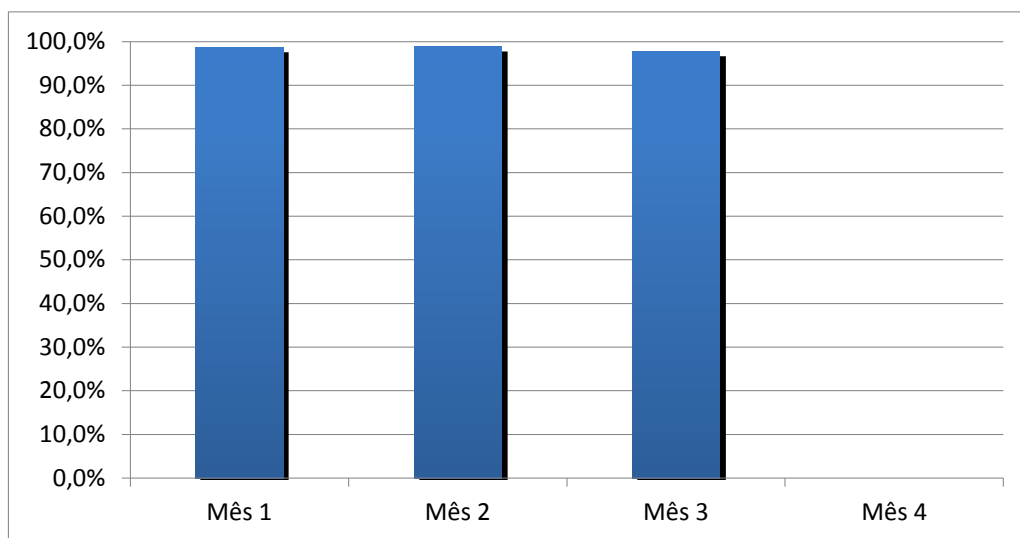


Figura 3-Gráfico de proporção de hipertensos com o exame clínico em dia.Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS.

Meta 4 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês realizamos exame em 20 diabéticos (100%), no segundo mês foram 47 (100%) e no terceiro mês totalizamos 61 diabéticos (100%). Neste indicador, alcançamos 100% nos três meses de intervenção.

Meta 5 - Realizar exames complementares em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ao longo da intervenção conseguimos realizar exames complementares em dia de acordo com o protocolo a boa parte dos hipertensos. No mês 1 tivemos 50 (64,9%), no mês 2 foram 113 (62,8%) e no mês 3 totalizamos 168 (63,2%).

Não foi possível alcançar 100 % neste indicador porque durante a intervenção o hospital parou de fazer os exames por adequações estruturais na instituição e os examine que a secretaria paga em uma clínica particular também foi necessário pará-los por acúmulo de dívidas atrasadas.

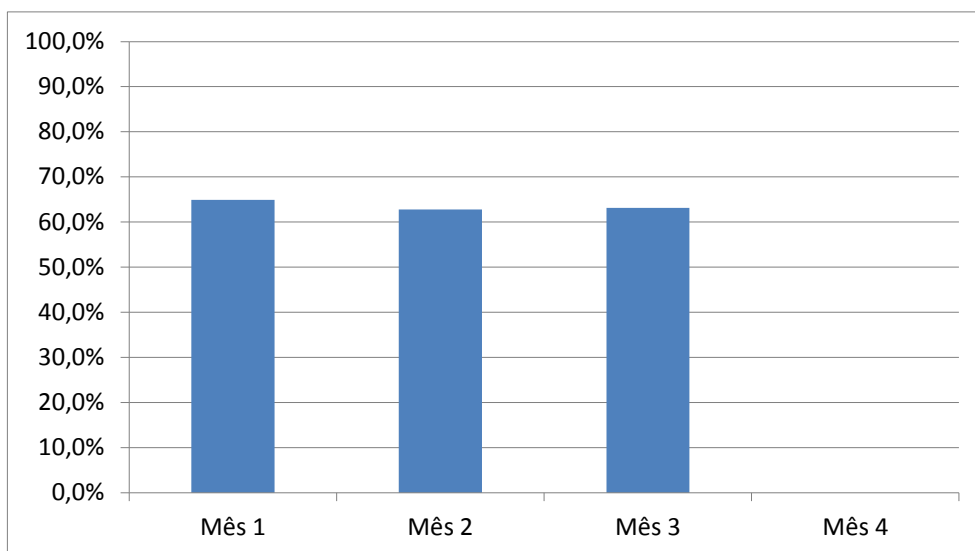


Figura 4-Gráfico de Proporção de hipertensos com exames complementares em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês tivemos 10 diabéticos com exames complementares (50%), no segundo mês 28 (59,6%) e no terceiro mês totalizamos 38 diabéticos (62,3%).

Neste indicador não foi possível alcançar 100% porque durante a intervenção. O hospital parou de fazer os exames por adequações estruturais na instituição e os exames que a secretaria paga em uma clínica particular também foi necessário pará-los por acúmulo de dívidas atrasadas.

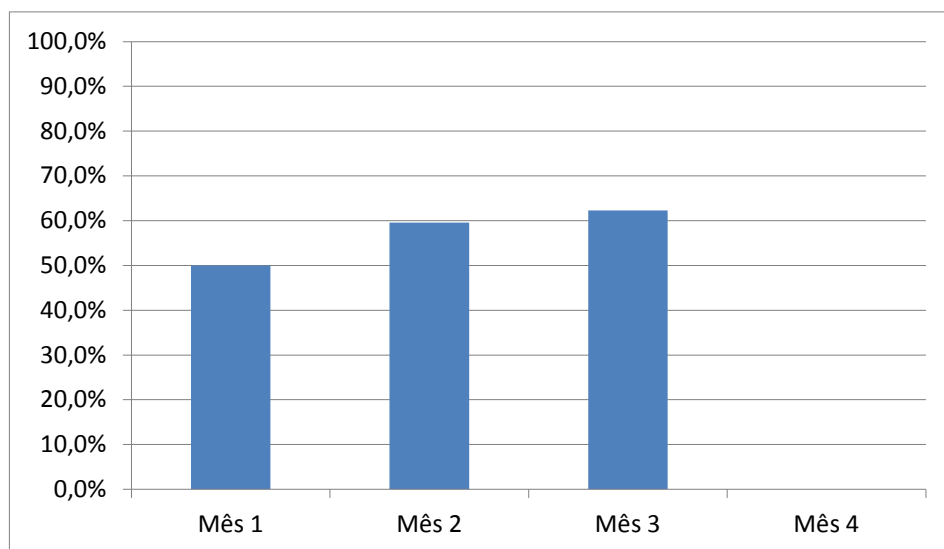


Figura 5-Gráfico de Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS.

Meta7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da farmácia popular/HIPERDIA priorizada.

No primeiro mês foram 77 hipertensos (80,5%), no segundo mês 180 (75%), totalizando 266 no terceiro mês (69,9%).

Na prescrição de medicamentos de farmácia popular ficou menos de 100% de cobertura porque o município não tem farmácia popular e disponibiliza pequenas quantidades destes gratuitamente na secretaria, mas durante a intervenção foi quase parada a compra deles por acúmulo de dívidas, como um número de usuários compram os remédios HIPERDIA na farmácia popular de Amarante, município a 18 km, isso nos permitiu alcançar melhores resultados.

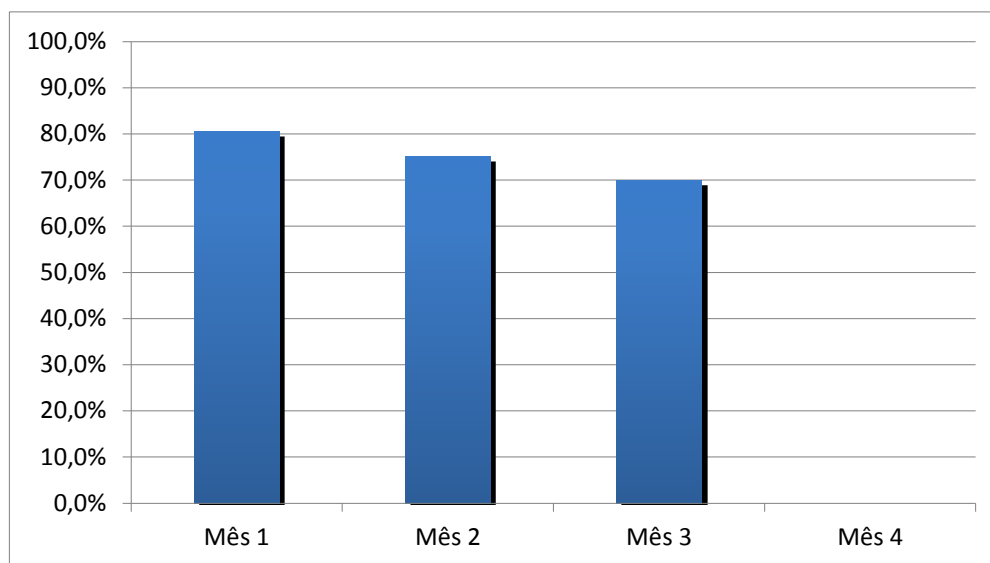


Figura 6-Gráfico de Proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da farmácia popular/HIPERDIA. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamento da farmácia popular/HIPERDIA priorizada.

No primeiro foram 20 diabéticos (70%), no segundo mês 47 (68,1%), totalizando no terceiro mês 61 diabéticos (67%).

Na prescrição de medicamentos de farmácia popular ficou menos de 100% de cobertura porque o município não tem farmácia popular e disponibiliza pequenas quantidades destes gratuitamente na secretaria, mas durante a intervenção foi quase parada a compra deles por acúmulo de dívidas, como um número de usuários compram os remédios HIPERDIA na farmácia popular de Amarante, município a 18 km, isso nos permitiu alcançar melhores resultados

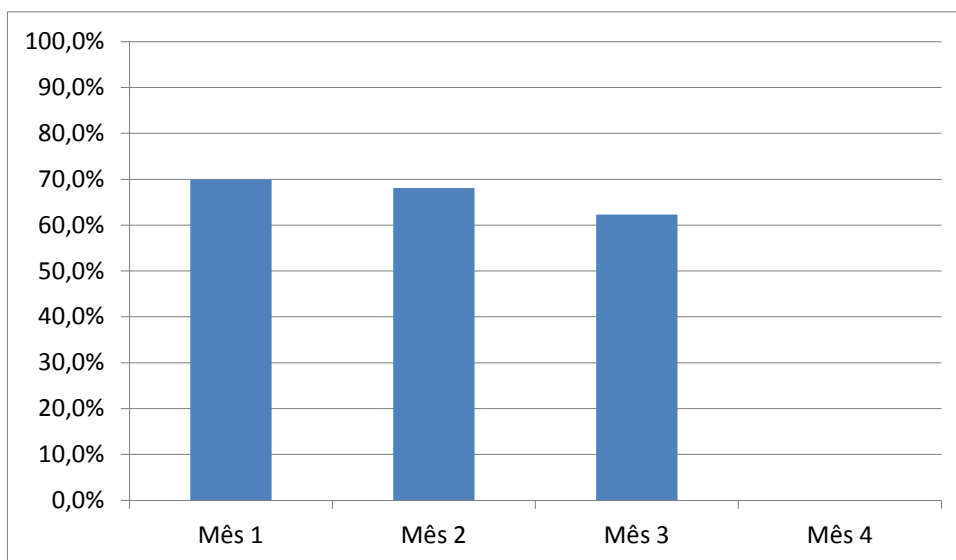


Figura 7-Gráfico de Proporção de diabéticos com prescrição de medicamento da farmácia popular/HIPERDIA. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

No primeiro mês foram 56 hipertensos (72,7%), no segundo mês 150 (83,3%), totalizando no terceiro mês 236 hipertensos (88,7%).

Na avaliação de atendimento odontológico dos hipertensos não foi possível alcançar 100 % porque 30 pacientes tiveram lesão na boca e necessitaram da avaliação do dentista para saber se precisavam de algum tipo de tratamento ou não, por isso a diminuição do tempo da intervenção contribuiu contra um melhor resultado.

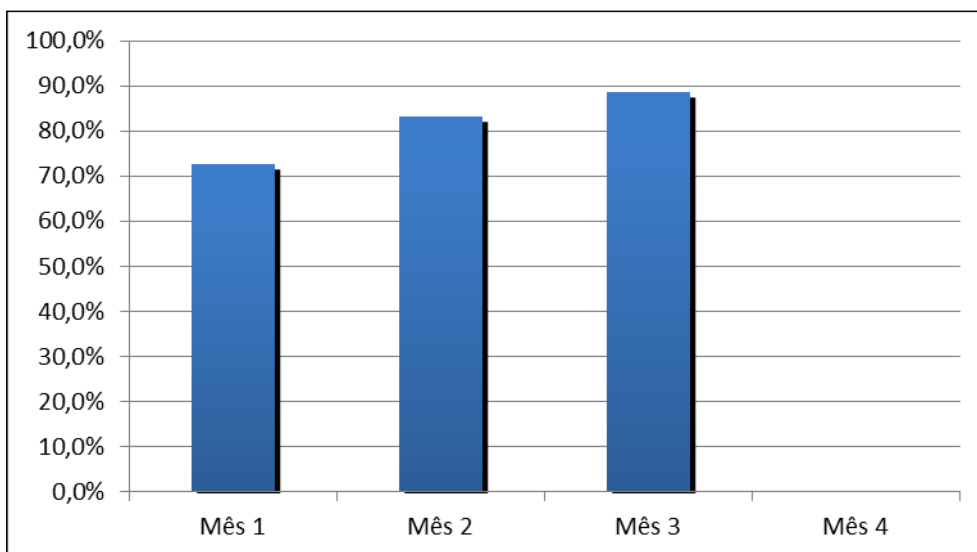


Figura 8-Gráfico de Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS

Meta10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

No primeiro mês foram 20 diabéticos (70%), no segundo mês 37 (78,7%), totalizando 51 no terceiro mês (83,6%).

Na avaliação de atendimento odontológico dos diabéticos não foi possível alcançar 100 % porque 10 pacientes tiveram lesão na boca e necessitaram da avaliação do dentista para saber se precisavam de algum tipo de tratamento ou não, por isso a diminuição do tempo da intervenção contribuiu contra um melhor resultado.

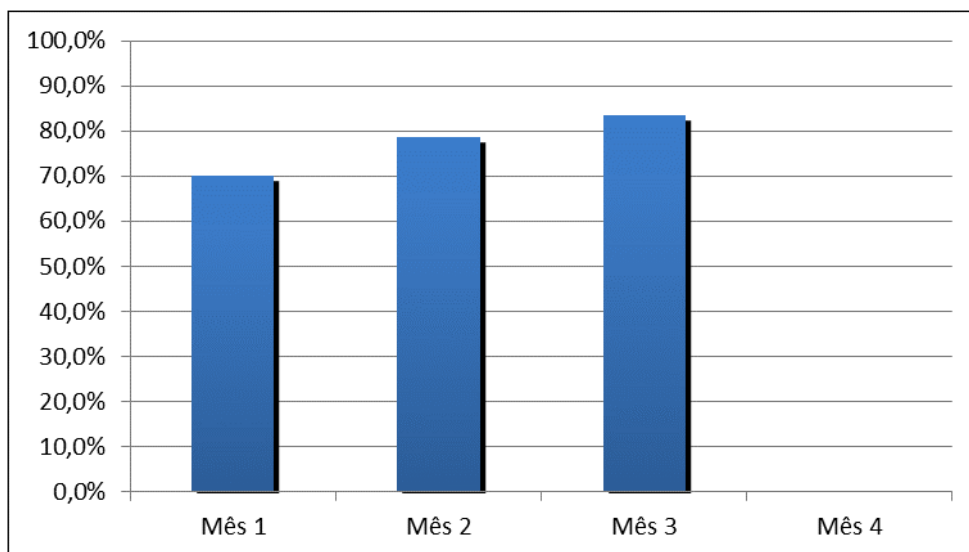


Figura 9-Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos as consulta com busca ativa

No primeiro mês foram buscados 19 hipertensos (100%), no segundo mês 50 (100%) e no terceiro mês 82 (100%). Neste indicador, alcançamos 100% nos três meses de intervenção.

Meta12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos as consulta com busca ativa.

No primeiro mês foram buscados 4 diabéticos (100%), no segundo mês 16 (100%)e no terceiro mês 24 (100%). Neste indicador, alcançamos 100% nos três meses de intervenção.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês foram 67 hipertensos (87%), no segundo mês 137(76,1%) e no terceiro mês 195(73,3%).

Neste indicador não foi possível ter 100% de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, porque 71 usuários não tinham um acompanhamento adequado pelo protocolo e por ter muito tempo sem consultas médicas foi classificado como registro inadequado embora tenha sido registrado o acompanhamento durante nossa intervenção.

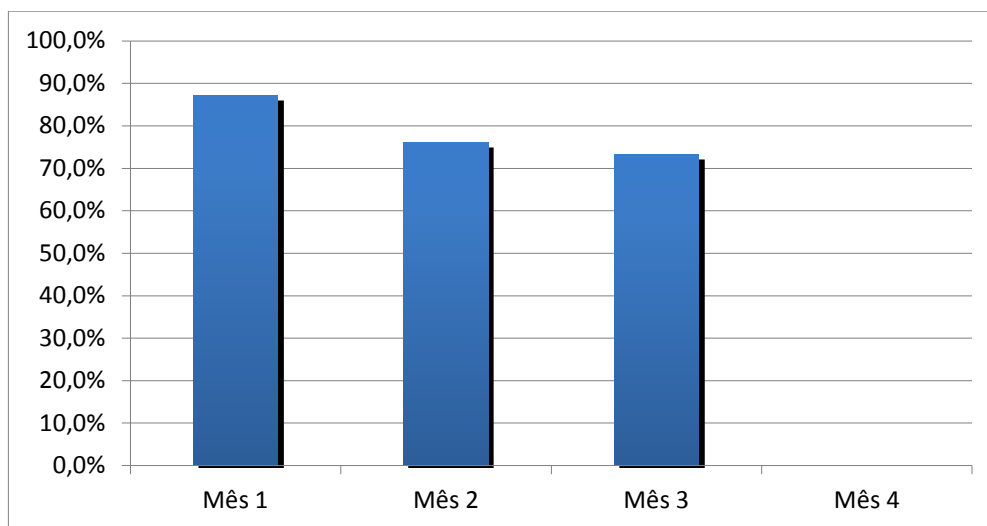


Figura 10-Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês foram 19 diabéticos (95%), no segundo mês 35 (74,5%) e no terceiro mês 43 (70,5%).

Neste indicador não foi possível ter 100% de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, porque 18 usuários não tinham um acompanhamento adequado pelo protocolo e por ter muito tempo sem consultas médicas foi classificado como registro inadequado embora tenha sido registrado o acompanhamento durante nossa intervenção.

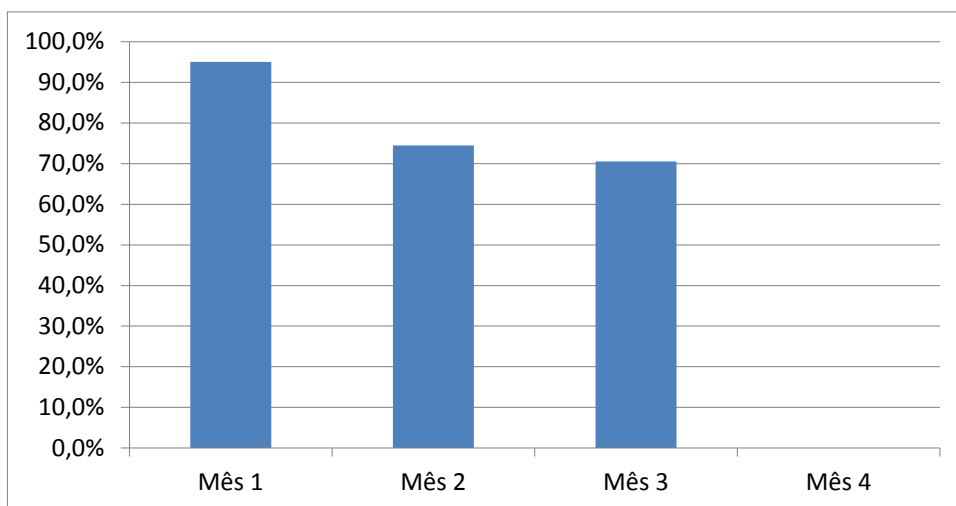


Figura 11-Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No primeiro mês foram 70 hipertensos (90,9%), no segundo mês 168 (93,3%) e no terceiro mês 254 (95,5%).

Na estratificação de risco cardiovascular não foi alcançado 100 % porque durante o exame físico de 12 hipertensos foram encontrados alguns tipos de alterações cardiovasculares, por exemplo, arritmia durante a ausculta, bradicardia, taquicardia, dobramento dos batimentos cardíacos e outras que foram encontradas nos usuários mas precisavam de exames laboratoriais para confirmá-las.

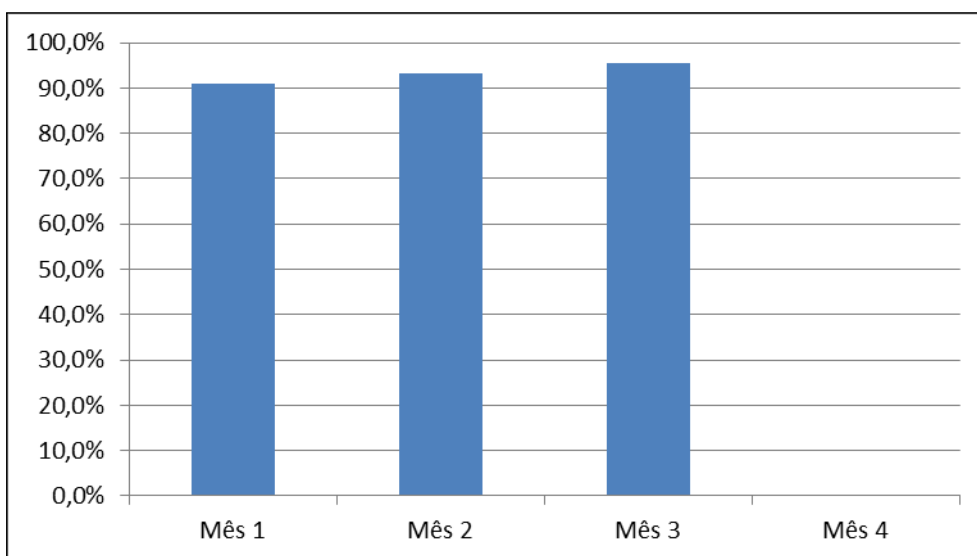


Figura 12-Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

No primeiro mês foram 19 diabéticos (95%), no segundo mês 44 (93,6%) e no terceiro mês 58 (95,1%).

Na estratificação de risco cardiovascular não foi alcançado 100 % porque durante o exame físico de 3 diabéticos foram encontrados alguns tipos de alterações cardiovasculares, por exemplo, arritmia durante a auscultação, bradicardia, taquicardia, dobramento dos batimentos cardíacos e outras que foram encontradas nos usuários mas precisavam de exames laboratoriais para confirmá-las.

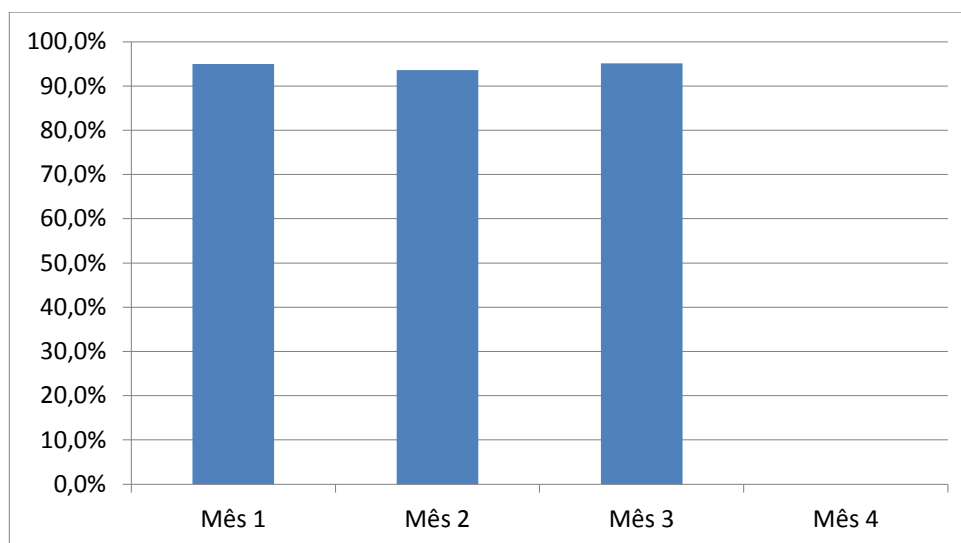


Figura 13-Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

No primeiro mês foram 77 hipertensos (100%), no segundo mês 180 (100%) e terceiro mês 266 (100%). Neste indicador, alcançamos 100% nos três meses de intervenção.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários diabéticos na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No primeiro mês foram 20 diabéticos (100%), no segundo mês 47 (100%) e no terceiro mês 61(100%). Neste indicador, alcançamos 100% nos três meses de intervenção.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

No primeiro mês alcançamos 77 hipertensos (100%),no segundo mês 180 (100%) e no terceiro mês totalizamos 266(100%). Neste indicador, alcançamos 100% nos três meses de intervenção.

Meta 20:Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

No primeiro mês alcançamos 20 diabéticos(100%), no segundo mês 47 (100%) e no terceiro mês totalizamos 61 (100%). Neste indicador, alcançamos 100% nos três meses de intervenção.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador:Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos de tabagismo.

No primeiro mês foram 70 hipertensos (90,9 %), no segundo mês 171 (95 %) e no terceiro mês 257 (96,6 %).

Neste indicador não foi alcançado 100% como era nossa meta, porque 9 usuários que não eram fumantes não receberam orientação na consulta sobre os riscos deste hábito, somente foram orientados durante as palestras e conversas feitas na UBS o que foi um erro de nossa intervenção, porque deveriam ser orientados sobre este risco para evitar que ele ou ela mais tarde possam vir a serem fumantes e para que transmitam esta informação a outros familiares.

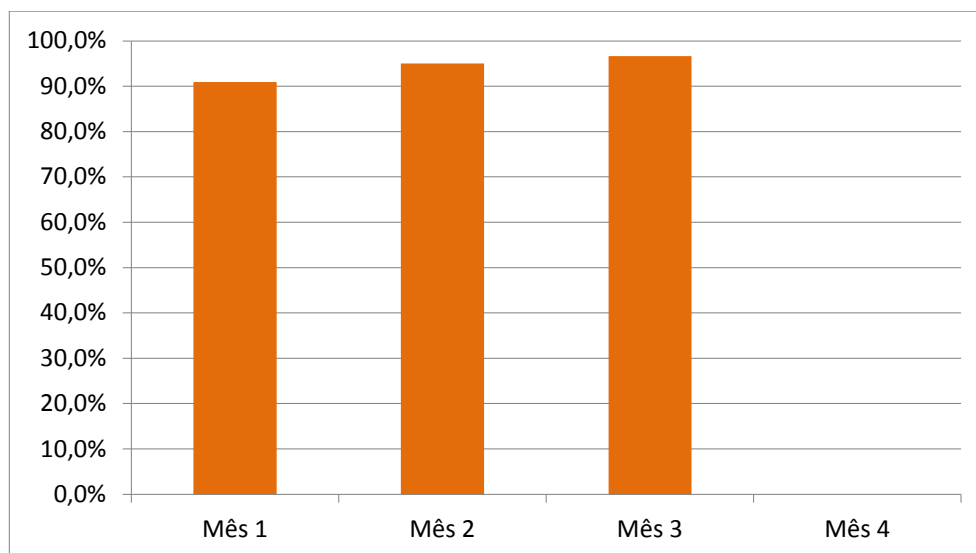


Figura 14-Gráfico proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos de tabagismo. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos de tabagismo

No primeiro mês foram 19 diabéticos (95%), no segundo mês 45 (95,7%) e no terceiro mês totalizamos 59 (96,7%).

Neste indicador não foi alcançado 100% como era nossa meta, porque 2 usuários que não eram fumantes não receberam orientação na consulta sobre os riscos deste hábito somente foram orientados durante as palestras e conversas feitas na UBS o que foi um erro de nossa intervenção, porque deveriam ser orientados sobre este risco para evitar que ele ou ela mais tarde possam vir a serem fumantes e para que transmitam esta informação a outros familiares.

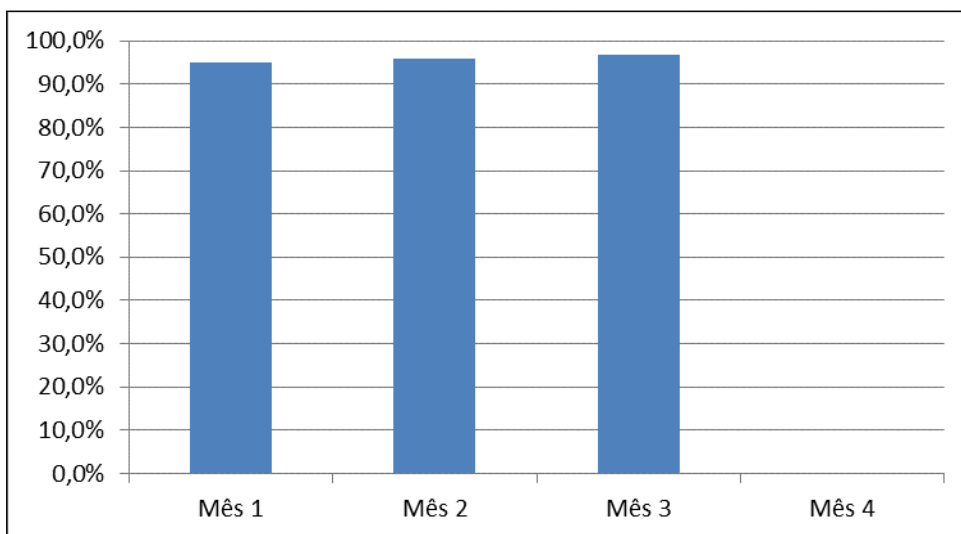


Figura 15-Gráfico proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos de tabagismo. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPEL/UNASUS

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

No primeiro mês alcançamos 77 hipertensos (100%), no segundo mês 180 (100%) e no terceiro mês 266 (100%). Neste indicador, alcançamos 100% nos três meses de intervenção.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês alcançamos 20 diabéticos (100%), no segundo mês 47 (100%) e no terceiro mês 61 (100%). Neste indicador, alcançamos 100% nos três meses de intervenção.

4.2 Discussão

Nossa intervenção alcançou uma cobertura para hipertensos de 72,3%, totalizando 266 hipertensos, e 67% para diabéticos, totalizando 61 usuários com

diabetes. Para conseguir esses números, durante a intervenção, a equipe foi submetida a capacitações para ter condições de seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. A intervenção promoveu um trabalho em equipe e multidisciplinar, onde cada profissional sabia quais eram suas atribuições e sua responsabilidade com as atividades do projeto e com a comunidade. Realizamos palestras e acompanhamento juntos aos usuários que foram motivados principalmente pelas ACS da área, que estiveram sempre juntas nos encontros, sendo responsáveis pelo acolhimento e busca ativa dos usuários e pelas palestras aos familiares. Também contamos com o engajamento de outros profissionais, como nutricionista e educadora física, que participaram dos grupos de usuários com hipertensão e diabetes.

A intervenção foi muito importante para a equipe, pois aumentou a responsabilidade de cada integrante e preparação sobre estas e outras doenças, permitindo um melhor conhecimento das pessoas. A forma de trabalho se modificou, melhorando a qualidade e a quantidade de atendimentos, promovendo mais atividades de prevenção e promoção da saúde da equipe com os usuários. A comunidade por sua vez teve um maior conhecimento sobre as doenças, adotando atividades e estilos de vida mais saudáveis, aumentando a consciência e sobre a importância de ir às consultas agendadas e seguir os tratamentos recomendados.

Se a intervenção fosse ser realizada neste momento, começaríamos por uma maior preparação e conscientização da equipe e dos gestores, além de estabelecer mais conversas sobre o trabalho com toda a equipe, pois alguns agentes comunitários e grupos de apoio tiveram certa resistência no início, dificultando o trabalho e acarretando em perda de tempo na intervenção.

Nossa intervenção com hipertensos e diabéticos já faz parte da rotina de trabalho de nossa UBS, mas ainda tem dificuldades a superar. No entanto, pretendemos chegar a 100% de cobertura dos hipertensos e diabéticos nos próximos três meses. Tivemos alguns cursos, muitas chuvas, falta de organização da equipe e dos grupos de apoio, o que dificultou a obtenção de melhores números, mas acreditamos que os resultados obtidos foram além do esperado, pois no início o projeto era pouco acreditado pela equipe.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde são:

- Melhorar o acolhimento de cada pessoa que procure atenção no posto de saúde.
- Aumentar o número de atividades de promoção e prevenção em saúde.
- Ter uma cobertura de 100% de hipertensos e diabéticos nos próximos três meses.
- Manter 100 % de cobertura de usuários do HIPERDIA com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
- Chegar a 100% de hipertensos e diabéticos com atividade física regular.
- Ter 100% dos usuários hipertensos e Diabéticos com exame bucal pelo dentista.
- Potencializar a relação da equipe com os gestores para manter a disponibilidade dos remédios de uso dos usuários do HIPERDIA e abertura da farmácia popular no município.
- Continuar melhorando a qualidade nos atendimentos em nossa UBS.

5. Relatório da intervenção para gestores

Caro Senhor Gestor

A intervenção sobre o atendimento aos hipertensos e diabéticos foi a mais proveitosa possível, apesar de não ter sido perfeita no quesito resultados, mas conseguimos avaliar um total de 266(72,3%) usuários com HAS e 61(67%) com DM, em um período de 12 semanas em que foi desenvolvida este é um dos motivos para que fosse escolhido esse foco de projeto de intervenção, foi o fato dessa população sofrer muito em inúmeros aspectos como por exemplo, a falta de acolhimento pela equipe, as consultas eram feitas somente pela equipe de Buritizinho e não era possível os usuários serem avaliados por múltiplos profissionais, o registro de HIPERDIA estava desatualizado e ninguém revisava, ele só era um documento a mais na UBS, quase não haviam avaliações deste grupo por dentista, para as estimativas do ministério a quantidade de usuários HIPERDIA em nosso registro eram poucas e com um má acompanhamento porque eram visto mensalmente os mesmos usuários ficando um número importante deles sem consulta, muitas dificuldades com os exames laboratoriais e para adquirir os remédios HIPERDIA por farmácia popular, o que nos dias de hoje, torna-se incoerente com vários princípios do SUS.

A intervenção possibilitou que os usuários atualmente sejam avaliados por múltiplos profissionais de saúde, ampliando assim, uma satisfatória adesão às orientações concedidas. A equipe tem uma maior preparação em HIPERDIA e outras doenças, é feito um melhor acolhimento dos usuários, o trabalho do dentista está mais integrado à equipe, o número de atividades de promoção em saúde aumentou, a comunidade tem maior participação na saúde da área, tem uma melhor organização do trabalho da UBS, os usuários com HAS e DM tem mais consciência da importância do acompanhamento e do tratamento para prevenir complicações.

O sucesso da intervenção foi possível pela contribuição mútua não só minha, mas também de toda a ESF, da gestão local e da secretária de saúde. E foi graças a isso que considero hoje o saldo final positivo. Realizamos reuniões internas para discutir o que estava dando certo ou o que precisava ser melhorado dentro da unidade, chegando sempre a um acordo final, pois tivemos a facilidade de comunicação como um dos pontos fortes dentro do âmbito da saúde no município.

Além de algumas dificuldades tivemos um número importante de usuários avaliados com exames complementares em dia, e reconhecemos o trabalho da equipe de saúde e dos gestores que garantiram o transporte e materiais necessários para a realização dos mesmos, além de buscar pessoas acamadas para levar até hospital para realização de exames ou ir á casa para coletar sangue para exames. Cabe ressaltar a importância da continuação do apoio dos gestores envolvidos nesta intervenção, já que é de conhecimento de todos que se trabalharmos preventivamente conseguiremos resultados melhores ainda, trazendo benefícios para a população, além de reduzir os recursos investidos em tratamentos curativos que são muito mais caros que os tratamentos preventivos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Realizamos um trabalho de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade e quantidade de pessoas que recebem acompanhamento no posto de saúde, buscando melhorar os indicadores de saúde para hipertensos e diabéticos e para isso mudamos a forma de trabalhar da equipe, melhorando o acolhimento, priorizando as consultas ao público alvo, mas sem prejudicar as demais pessoas. Os agentes comunitários, os grupos de apoio e toda equipe fizeram busca ativa de cada faltoso à consulta, sendo avaliado um total de 266(72,3%) pessoas com HAS e 61(67%) com DM. Fizemos também avaliação das necessidades de atendimento odontológico de cada pessoa e antes da intervenção estes usuários eram acompanhados apenas pela Equipe de Saúde, e hoje são avaliados por múltiplos profissionais de saúde, ampliando assim a satisfação dos usuários que ficaram satisfeitos com esta melhora na cobertura.

Além disso, a intervenção foi muito importante para a equipe porque aumentou a responsabilidade de cada integrante sobre este grupo de pessoas, melhorando a preparação para atuar sobre estas e outras doenças, permitindo conhecer melhor os usuários de sua microárea. Aumentou também os vínculos entre os agentes comunitários e a comunidade, entre os agentes e outros integrantes da equipe.

Realizamos mais atividades de educação em saúde, aumentando assim o conhecimento da comunidade sobre doenças e a importância das consultas para evitar complicações, além de orientações sobre alimentação, atividades físicas, cuidados dos pés, entre outros. Com isso, a comunidade passou a mudar seu estilo de vida, aumentando a consciência sobre o processo saúde-doença.

Tivemos uma grande participação dos gestores para tentar resolver os problemas da UBS, pois sem o suporte da gestão ficaria impossível conseguirmos os bons resultados que tivemos.

Alcançamos uma cobertura do programa de hipertensão arterial de (72,3%), ou seja, 266 pessoas e do programa de diabetes foi de 61 pessoas (67%) que foi possível pelo árduo trabalho realizado pela equipe e os grupos de apoio

Realizamos atividades educativas, debatendo sobre vários assuntos como o que é hipertensão arterial e diabetes, alimentação saudável, saúde bucal, tabagismo, prática regular de atividade física, sedentarismo, entre outras atividades

que foram coordenadas por um ou mais profissionais da unidade básica. Estas ações foram muito enriquecedoras para prevenção e controle da hipertensão arterial e diabetes, além da avaliação pelo odontologista. Muitas dessas ações só tiveram êxito porque a comunidade foi muito colaborativa nas ações desenvolvidas na unidade e no acolhimento nas visitas domiciliares.

Os resultados alcançados com o trabalho foram muito importantes para a atenção à saúde, comunidade e principalmente para os usuários, com melhorias na qualidade de vida e consequente redução das possibilidades de complicações devido às doenças. Houve mudanças no processo de trabalho e as ações da intervenção se encontram inseridas na rotina de trabalho da UBS da nossa área de atuação. Houve aumento da conscientização da população sobre a prevenção e importância de adotar hábitos saudáveis de vida.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O processo de aprendizagem do curso foi muito positivo pelas temáticas sobre atenção à saúde da família, mas também com as tarefas de prática clínica, onde foi possível estudar sobre as mais variadas doenças, também com casos interativos, casos clínicos, aumentando os conhecimentos sobre elas. Foi possível conhecer melhor os indicadores de saúde de cada população alvo, principalmente na parte da odontologia que era bem desconhecida por nós. Além disso, a intervenção permitiu mudar a dinâmica de trabalho da UBS e aumentar os conhecimentos da equipe sobre hipertensão, diabetes e outras doenças que foram tema do curso e de palestras. Com o curso foi possível melhorar na escrita do português e aprender a forma com que o Brasil trabalha a atenção à saúde e como é realizada a especialização em saúde da família. Tive que viajar a meu país por problemas familiares, ficando atrasado no curso o que dificultou um pouco meu aproveitamento, mas ao voltar consegui retomar as atividades com a ajuda da minha equipe. Muitas vezes tive que realizar tarefas até tarde da noite para poder acompanhar os demais e ficar em dia com estas, mas foi muito bom, pois os facilitadores estavam sempre dispostos a ajudar e orientar nossas tarefas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Hipertensão Arterial Sistêmica Caderno da Atenção Básica nº15. Brasília, DF, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde.**Departamento de Atenção Básica**. Diabetes Mellitus. Caderno da Atenção Básica nº16. Brasília, DF, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde.**Departamento de Atenção Básica**. Coordenação nacional de hipertensão e diabetes. Brasília, DF, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde.**Departamento de Atenção Básica**. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2006.

Apêndices

Apêndice A – palestra sobre câncer de mama, onde aproveitamos para fazer uma avaliação para HAS e DM



Apêndice B – Palestra sobre HAS com verificação de PA e glicose



Apêndice C – Palestra sobre DM



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		→	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		→	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção					→	Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho /
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada						

*Estimativa no território

População total		→	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	0		
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0	→	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0	→	Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

[illegible]

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante